



UNIVERSITETET I
NORDLAND

Bacheloroppgave

Lindring av angst hos lungekreftpasienter

Emnekode: syk 180 Dato: 8/4-14

Kandidatnr.: 173 og 174

Totalt antall sider: 36

Totalt antall ord: 9449



INNHOLDSFORTEGNELSE

1.0	INNLEDING	2
1.1	<i>Presentasjon av tema og problemstilling</i>	2
1.2	<i>Begrunnelse for valg av tema og problemstilling</i>	3
1.3	<i>Avgrensing og presisering av problemstilling</i>	3
1.4	<i>Oppgavens hensikt</i>	4
2.0	TEORI	5
2.1	<i>Lungekreft</i>	5
2.2	<i>Angst</i>	6
2.3	<i>Livskvalitet</i>	6
2.4	<i>Sykepleierens lindrende funksjon i den palliative fasen</i>	7
2.5	<i>Kari Martinsens omsorgsteori</i>	9
2.5.1	<i>Relasjon og tillit</i>	11
2.5.2	<i>Kommunikasjon og samtale</i>	11
2.6	<i>Informasjon og kommunikasjon med kreftpasienter</i>	12
3.0	METODE	13
3.1	<i>Valg og begrunnelse av metode</i>	13
3.2	<i>Litteraturstudie</i>	14
3.3	<i>Databaser og søkeord</i>	15
3.4	<i>Kildekritikk</i>	15
3.5	<i>Funn</i>	16
4.0	DRØFTING	16
4.1	<i>Sykepleierens funksjon ved lindring av angst</i>	16
4.2	<i>Omsorgstenkning og lindring av angst</i>	20
4.3	<i>Utfordringer</i>	22
5.0	AVSLUTNING	24
	LITTERATURLISTE	25
	VEDLEGG 1	28
	VEDLEGG 2	36

1.0 INNLEDING

«Sykepleieren på medisinsk avdeling har kontrollert medisinene og starter på den faste runden med utdeling av medisiner til pasientene. På det første rommet ligger en dame i 50-årene med lungekreft. Hun har i langt tid kjempet mot kreften men mottar nå kun palliativ behandling. Når sykepleieren kommer inn på rommet sitter pasienten oppreist i senga. Hun virker engstelig og opprørt og sier hun føler seg tung i pusten. Sykepleieren gir henne medisinene og sier hun skal ta noen målinger. Hun kommer tilbake to minutter senere med saturasjonsmåler og får opp en SaO2 på 92%. Hun forteller pasienten at det er en fin måling, med tanke på hennes sykdom og at hun kan få oksygen tilførsel om hun vil. Pasienten sier hun kan prøve litt til uten oksygen. Deretter fortsetter sykepleieren på morgenrunden.»

Vi er to sykepleierstudenter som nå skal skrive bacheloroppgave på vårt siste semester. I løpet av våre sykehuspraksiser har vi vært vitne til mange ulike hendelser hvor sykepleieren i vår mening ikke tar seg god nok tid til pasienten. Fokuset hos sykepleieren er ofte på medisiner og målinger, slik at de glemmer å spørre pasienten hvordan de opplever symptomene. I dette tilfellet ble det ikke tatt hensyn til pasientens subjektive opplevelse av dyspné, ettersom målingen var fin. Vi har erfart at sykepleierne ofte ikke tar seg tid til å snakke med pasientene slik at de kan oppdage hvordan de egentlig har det. På den måten kan pasienten ha angst uten at sykepleieren er klar over det. Vi har også erfart at i tilfeller hvor pasienten er engstelig, urolig og preget av angst på andre måter, blir det fort diskutert hvilket medikament en skal gi, men lite fokus på andre tiltak som kan lindre angst.

På grunn av disse erfaringene har vi lyst til å skrive om lungekreft og angst i vår oppgave.

1.1 Presentasjon av tema og problemstilling

I vår bacheloroppgave har vi valgt palliativ omsorg som tema. Vi ønsker å fordype oss i dette temaet fordi vi har erfart hvor viktig omsorgen blir i denne fasen, og hvor mye de små tiltakene har å si for pasienten og dens nærmeste. Vi har valgt å fokusere på palliativ omsorg hos pasienter med lungekreft. Lungekreft ble utvalgt som sykdom på grunn av våre tidligere

opplevelser med denne sykdommen som spesielt krevende i forhold til angst, ofte på grunn av dyspné. Utfordringene som ligger rundt det å hjelpe disse pasientene er mange og vanskelige. I denne oppgaven skal vi se på lindring av angst som en av de store utfordringene for sykepleierne og pasienten. Vi har utformet en problemstilling:

«Hvordan kan sykepleieren bidra til lindring av angst i den palliative fasen hos pasienter med lungekreft?»

1.2 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling

I praksis møtte vi mange forskjellige pasienter med ulike kreftsykdommer som fikk palliativ behandling. Vi opplevde pasientene som ekstra sårbare i denne fasen på grunn av usikkerheten og det ukjente med situasjonen. Smerter, ubehag og angst er symptomer som kan virke svært belastende og meningsløst for pasienten som ikke kommer til å overleve sin sykdom og symptomlindring ble derfor i våre øyne ekstra viktig i den palliative fasen (Stubberud, 2013). Vi fikk erfare både positive opplevelser hvor den syke var rolig, godt smertelindret og fikk den støtten som han hadde behov for, og negative opplevelser hvor både pasient og pårørende var misfornøyd med behandlingen som ble gitt, og pasienten ble sterkt plaget av symptomer som smerter, dyspné og angst. Det opplevdes som svært belastende for pårørende og pasienten selv at han måtte oppleve unødvendig lidelse på slutten av sitt liv. Når vi da skulle velge tema for bacheloroppgaven ble både kreftsykepleie og palliativ omsorg ord som dukket fort opp i diskusjonen. Vi ser på dette som et veldig spennende tema å skrive om, ettersom det er svært relevant for dagens sykepleiere. Det var viktig for oss å velge et tema som ville få bruk for videre i arbeidslivet. Ettersom lungekreft er en av verdens mest dødelige sykdommer, og en av de hyppigste kreftformene i Norge, ser vi på lungekreft som en meget aktuell sykdom å lære mer om og kunnskap som vi vil få nytte av videre i årene som kommer. Sykepleiers rolle i forbindelse med lindring av angst er også kunnskap som vil bli nyttig i møtet med andre pasientgrupper i fremtiden (Brunsvig, 2010).

1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling

Pasienter med lungekreft i palliativ fase kan vi møte i sykehus, i hjemmet eller på sykehjem ved lindrende enhet. Vi har valgt å fokusere på pasienten som er innlagt i sykehus, og vil

derfor ha dette som utgangspunkt for oppgaven. Dette har vi valgt fordi vi ønsker å legge vekt på hvordan pasientens behov kan ivaretas selv i et hektisk miljø slik vi ofte finner på sykehus. Det er også på denne arenaen vi selv har vært borti denne pasientgruppen, og har våre erfaringer fra. Vi tar utgangspunkt i pasienten som er i en palliativ fase og vil vi fokusere på forholdet mellom pasient og sykepleier. Det blir vektlagt hvordan sykepleier kan bidra til at pasienten får best mulig livskvalitet ved å forsøke å lindre angst. Vi har valgt å ikke legge vekt på sykepleiers relasjon til pårørende og kommer derfor ikke til å gå noe inn på pårørende selv om det i utgangspunktet er en viktig del av den palliative omsorgen.

Tema som inngår i sykepleierens lindrende funksjon og som vil bli belyst i denne oppgaven er hvordan sykepleieren gjennom sin væremåte og en god tillitsfull relasjon, ved hjelp av god kommunikasjon og informasjon, og effektiv symptomlindring kan bidra til å lindre angst (Anvik, 1996). Vi vil også undersøke om det finnes andre metoder en kan lindre angst på. Vi har valgt å ta for oss dyspné, da dette symptomet er ett av de vanligste utløsende årsakene til angst hos pasienter med lungekreft (Hoel & Lynes, 2010). Det blir derfor aktuelt å se på hvordan en kan lindre dyspné for å lindre angst. Vi kommer ikke til å gå inn på medisinske tiltak, da vi ønsker å fokusere på oppgaver som utføres av sykepleieren.

1.4 Oppgavens hensikt

Lungekreft har stor sammenheng med røyking og også de som har røkt tidligere er utsatt for sykdommen. Ifølge kreftregisteret kan vi derfor forvente at forekomsten fortsatt vil være høy i årene som kommer, noe gjør det relevant at sykepleieren har kunnskap om denne sykdommen. På grunn av den høye dødeligheten vil det også være aktuelt med kunnskap om den palliative fasen (Kreftregisteret, 2013). Vi ønsker å belyse dette temaet i bacheloroppgaven slik at vi kan bidra til økt kunnskap, både for vår egen del og for andre sykepleiere. Ved å gjøre oppgaven tilgjengelig for kollegaer og andre helsepersonell vil vi kunne bidra til å gi helsepersonell ytterligere kunnskap om temaet og også være med på å sette fokus på lindring av angst hos lungekreftpasienter.

2.0 TEORI

Vi har valgt ut teori som vi mener er aktuell i forbindelse med vår problemstilling. Først vil vi fortelle om sykdommen lungekreft og vanlige symptomer. Deretter skal vi si noe om angst og hvordan det oppleves for pasienten, samt hvilken betydning livskvalitet har for disse pasientene. Vi skal så gjøre rede for sykepleierens lindrende funksjon i den palliative fasen. Videre skal vi ta for oss Kari Martinsen sin omsorgsteori og hennes syn på tillit, relasjon, kommunikasjon og samtale før vi tilslutt kommer med et avsnitt om kommunikasjon og informasjon til kreftpasienter.

2.1 Lungekreft

Lungekreft er svulster som hovedsakelig oppstår i lungene. Den er blant de mest hyppige kreftformene og er den krefttypen som tar flest liv i verden. Her til lands øker forekomsten med ca. 2300 nye tilfeller hvert år (Jacobsen, 2009). I Norge dør ca. 5 personer hver dag av lungekreft. Femårsoverlevelsen er bare ca. 13 % og det har ikke vært noen vesentlig økning i overlevelse ved denne kreftformen, til tross for at omfattende forskning pågår (Brunsvig, 2010). Disponerende faktorer for lungekreft er hovedsakelig røyking, men også luftforurensing, eksponering for asbest, krom, nikkel og radongass (Jacobsen, 2009).

Så lenge det er mulig blir pasienten operert, men disse utgjør bare 25-25 % av alle lungekreftammede. De fleste er altså ikke operable, dette på grunn av svulstens sentrale plassering, fjernmetastaser eller innvekst i naboorganer, eller fordi pasienten er for dårlig på grunn av redusert lungefunksjon eller nedsatt allmenntilstand. Disse pasientene får palliativ (lindrende) behandling, i form av for eksempel ståleterapi og cytostatika (Jacobsen, 2009).

Lungekreft innebærer mange plagsomme symptomer grunnet tumorvekst i de sentrale luftveiene og mediastinum for eksempel dyspné, hoste, tretthet og fatigue, smerter, angst kakeksi, søvnproblemer, obstipasjon og kvalme. Symptomene kan variere i intensitet og opptrer sjeldent isolert noe som gjør at det ofte er svært utfordrende både for sykepleiere og leger å lindre disse symptomene (Kvåle, 2002). Dette betyr at det stilles store krav til sykepleierens evne til å observere og iverksette nødvendige tiltak (Hoel og Lynes, 2010).

Dyspné er en subjektiv og ubehagelig følelse av ikke å få nok luft. Dyspné hos lungekreftpasienter kan ha flere ulike årsaker. Pusteproblemene kommer som regel av tumoroppfylling i lungene, atelektase, store mengder ekspektorat, pleuravæske eller dersom

tumor klemmer av bronkier. Mange lungekreftpasienter gir uttrykk for redsel for ikke å få puste og er engstelige for å bli kvalt. Undersøkelser viser beklageligvis at pasienter ikke alltid opplever å få hjelp med dette problemet. Mange pasienter merker til å begynne med pusteproblemer kun ved aktivitet, men etter hvert som sykdommen utvikler seg opplever de ofte problemer også under hvile (Hoel & Lynes, 2010).

2.2 Angst

Angst er en fryktreaksjon som utløses uten å vite hva vi er redde for. Den oppleves som en diffus, indre uro og truer menneskets trygghetsfølelse (Blix og Breivik, 2006). Mennesket har en grunninnbilning om at det er udødelig. Når det så blir dødssyk, trues denne innbilningen og opplevelsen av angst dukker opp. I denne forbindelsen er ikke angst en følelse, men et ontologisk kjennetegn på menneskets eksistens, den er en del av menneskets grunnvilkår (Sæteren, 2010). Angst oppstår ofte når det foreligger en trussel om å miste noe som en har satt stor pris på og er glad i. Det kan eksempelvis være tap av en kroppsdel, tap av helse, tap av kontroll over livet, trussel om tap av relasjoner, og det største tapet, som er tap av livet. Rastløshet og konsentrasjonsvansker er vanlige uttrykk for angst. Kroppslige symptomer som hjertebank, svimmelhet og pustebesvær uttrykker også angst (Kvåle, 2002). Hos lungekreftpasienter er som regel redselen og angsten for å kveles stor, samtidig som at angsten for døden er virkelig (Brunsvig, 2010). Opplevelsen av angst består av en følelsmessig komponent som handler om hvordan angstfølelsen oppleves for pasienten, en fysiologisk komponent som er de fysiske reaksjonene kroppen har på angsten, en tankemessig komponent som handler om hvilke tanker en tenker under angsten og til sist en atferdsmessig komponent som er hva man gjør for å unngå det som fremkaller angsten eller for å komme seg bort fra situasjonen (Hougaard, 2004).

Å få diagnosen lungekreft/alvorlige sykdommer generelt, innebærer mange angstfremkallende faktorer. Sykdom stiller store og nye krav til mestringsevne. Smertefulle behandlinger og faktumet at livet ikke alltid kan reddes, utløser ofte angst (Blix og Breivik, 2006).

2.3 Livskvalitet

Det eksisterer mange forskjellige definisjoner av begrepet livskvalitet, men noe alle er enige om er at livskvalitet handler om det enkelte menneskets opplevelse av å ha det godt eller

dårlig. Begrepet inkluderer og vektlegger hele menneskets liv, samtidig som betydningen av å ta utgangspunkt i menneskets egen opplevelse av sitt liv understrekes. Framtiden vil kunne føles truet ved en alvorlig sykdom. Dette kan skyldes trussel både om død, og om at livet generelt sett kan bli endret ved mye lidelse som angst, smerte eller endret funksjonsnivå. Håp har stor betydning for livskvalitet. Uforutsigbar framtid og tap av kontroll kan ofte føre til håpløshet hos den kronisk syke. Tilstedeværelsen av håp kan gi mennesket glede. Denne gleden vil igjen kunne føre til kreativitet og åpenhet som gir energi og vitalitet. Håpet er viktig for menneskets helse og velbefinnende og det ligger både aktivitet og styrke i håpet. Dersom livet skal oppleves som godt å leve, trenger vi håp (Rustøen, 2001). Håpet er angstens mottrekk, det hjelper den døende å finne mening i livet og samhørighet med andre, selv om håpet ikke er å overleve. Det kan for eksempel være å få oppleve en familiebegivenhet eller at våren kommer (Mekki, 2007).

2.4 Sykepleierens lindrende funksjon i den palliative fasen

«Palliasjon er aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med inkurabel sykdom og kort forventet levetid. Lindring av pasientens fysiske smerter og andre plagsomme symptomer står sentralt, sammen med tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer» (Kaasa, 1998:17).

Den palliative behandlingen starter når det er fastslått at den medisinske behandlingen ikke kan helbrede pasienten og varer frem til døden inntreffer. Pasienten skal få hjelp til å leve best mulig i egne omgivelser eller i sykehus, med minst mulig angst og fysiske plager og til å møte døden på sine egne premisser (Blix og Breivik, 2006). En av de store utfordringene i omsorgen for døende pasienter er å hjelpe pasient og pårørende til å leve i nuet og tillegge det mening (Sæteren, 2010). Sykepleieren skal legge til rette og sette i gang tiltak som begrenser omfanget av de plagene pasienten opplever enten det er i form av medisiner, samtaler eller andre behov pasienten har. Det er nødvendig at sykepleierne har kunnskap om hva sykepleierens lindrende funksjon innebærer, i tillegg til kunnskaper om kommunikasjon, symptomlindring i forhold til aktuelle symptomer og hvordan de kan skape gode tillitsfulle relasjoner til pasienten slik at de kan bidra til at pasientens sykehusopphold blir så meningsfull som mulig (Reitan, 2010).

Lindrende behandling tar som sagt sikte på å redusere fysiske smerter og symptomer som dyspné og smerter samtidig som det tas vare på pasientens psykiske, åndelige og sosiale funksjon. At sykepleieren har en helhetlig tilnærming til pasienten er viktig på grunn av de sammensatte problemstillingene en ofte finner i den palliative fasen, hvor symptomene kan påvirke hverandre slik at det blir en ond sirkel (Iversen, 2012). Sykepleierens lindrende funksjon handler ikke bare om tiltak i direkte forbindelse med symptomer som for eksempel ved dyspné, det handler like mye om at en tar seg tid til pasienten, setter seg ned og lytter til det han har å si, slik at pasienten føler seg sett. Først og fremst handler lindring om å se pasienten, og forstå hans unike opplevelse og behov slik at vi kan komme frem til hvilke tiltak som skal settes i gang. Thollin (2005) skriver om samspillet mellom omsorgsgiver og mottaker og hvordan man kan oppfatte hva pasientens behov er ved hjelp av sansing. Vi må bruke alle våre sanser i møtet med pasienten for å kunne fange opp tanker, følelser og ønsker, også de som ikke blir uttrykt med ord (Thollin, 2005). Det innebærer at vi må tyde blikk, kroppsspråk og ansiktsuttrykk og ved hjelp av vår fagkunnskap gjøre en vurdering av hvordan han har det. På denne måten kan sansene våre hjelpe oss å forstå pasientens lidelse (Anvik, 1996). «Å se» pasienten handler ikke bare om å være oppmerksom og interessert, men også om hvordan vi ser på pasienten, vi mener at dersom vi hele tiden forsøker å sette oss inn i pasientens situasjon og hva han gjennomgår, vil vi kunne møte han med en bedre forståelse og medfølelse og dermed kunne bygge en god relasjon (Anvik, 1996). Når vi stiller oss åpen og engasjert i møtet med pasienten kan vi få en nærhet til dette medmenneske som trenger vår forståelse og hjelp for å lindre sin lidelse (Anvik, 1996). For å skape nærhet til pasienten og bygge en tillitsfull relasjon må vi være bevisst på vår væremåte i møtet med pasienten. Det er grunnleggende å ta seg tid til å gjøre gode observasjoner slik at en kan justere sin atferd ut fra pasientens situasjon

Vi må være tilstede og tilgjengelig for pasienten når han trenger det, vise respekt og empati og hele tiden gjøre dette på en ekte måte, ved å ha et oppriktig ønske om å hjelpe. Det handler egentlig bare om å bry seg om andre mennesker og ønske at andre skal ha det så bra som mulig (Almås, 2011). Hver gang vi som sykepleiere går inn i et rom for å møte en pasient må vi være bevisst, bevisst på vår egen væremåte, hvilket inntrykk vi gir og hvordan pasienten oppfatter oss. Å være bevisst på dette bidrar til at fokuset er på riktig plass. Når vi går inn til vedkommende skal fokuset være på den personen, ikke på den travle dagen ute i avdelingen eller andre distraksjoner (Thollin, 2005).

Målet med all behandling under den palliative fasen er at pasienten skal ha det så bra som mulig, og sykepleieren skal gjøre det hun kan for at pasienten skal få best mulig livskvalitet i denne siste delen av livet (Iversen, 2012). Akkurat hva det innebærer vil sannsynligvis være forskjellig for hver enkelte pasient ettersom vi alle har ulike behov og ønsker i livet. Det er vesentlig at vi fokuserer på hva pasientens behov er, ettersom lidelse og livskvalitet oppleves svært ulikt for ulike mennesker. I lindrende behandling tar vi sikte på at den døende skal oppleve minst mulig lidelse og mest mulig livskvalitet, men for at vi skal kunne gjøre dette må vi forstå hvordan pasienten opplever lidelse og hva som er livskvalitet i hans øyne. For noen kan livskvalitet være noe helt annet enn hva jeg og du mener (Almås, 2011).

Det er sykepleierens jobb å observere og vurdere opplevde symptomer, og eventuelt videreformidle dette til lege når det er behov for medisiner, for å kunne lindre fysiske plager. Når pasienten stoler på at en skal gjøre det en kan for å lindre plagene vil dette også bidra til bedre virkning av behandlingen ettersom de kan føle en viss kontroll over plagene samtidig som det gir tillit til sykepleieren. Frykt for å miste kontrollen eller for å ikke bli tatt på alvor, kan virke angstskapende og igjen føre til en forsterket opplevelse av symptomene (Anvik, 1996). Den lindrende behandlingen kan også bestå av ikke-invaderende tiltak som er rettet mot de plagene som er vanskelig å behandle konkret, for eksempel bruk av avslapping, avledning, visualisering og hudstimulering (Anvik, 1996).

Når sykepleieren skal observere og vurdere pasientens dyspné i den palliative fasen er det viktig å huske på at opplevelsen ofte er påvirket av frykt, angst og sorg og at ikke alle pasienter uttrykker sine følelser (Anvik, 1996). Vurderinger må tas på grunnlag av de kunnskaper en har, praktiske erfaringer og faglig skjønn.

2.5 Kari Martinsens omsorgsteori

Vi har valgt å bruke Kari Martinsens sykepleieteori i denne oppgaven. Hun er en norsk sykepleier født i 1943 som har utviklet en omsorgsfilosofi gjennom en lang forfatterkarriere. Hennes syn på sykepleie gir et godt bilde av hvordan en sykepleier bør være i møtet med den syke. Hun beskriver en «vedlikeholdsomsorg» hvor målet er å gjøre det så godt som mulig for pasienten akkurat der og da, noe som vil være aktuelt for sykepleieren i arbeid med døende lungekreftpasienter med angst. Her vil det mest sannsynlig ikke være mulig å fjerne symptomene slik at pasienten føler seg frisk, men heller å lindre i best mulig grad og unngå

forverring (Kristoffersen, Nordtvedt & Skaug, 2005). Vi skal videre bruke Martinsens filosofi til å belyse vår egen problemstilling i drøftingsavsnittet, da vi mener den vil kunne bidra til å løfte teorien.

Martinsens menneskesyn er basert på relasjoner mellom mennesker. Hun mener at menneskene er avhengige av hverandre og at denne avhengigheten kommer enda bedre frem i situasjoner hvor den ene er syk (Martinsen, 2008).

Hun forklarer omsorg som et forhold mellom to parter hvor den ene lider og den andre vil lindre smerten og omsorg beskrives som et praktisk, relasjonelt og moralsk begrep. Disse tre punktene er de viktigste kvaliteter i omsorgen. For at omsorgen skal være ekte må en forsøke å forstå og møte pasienten der han er, og ut fra hans situasjon (Martinsen, 2008). Det relasjonelle i omsorgsbegrepet tar utgangspunkt i avhengigheten vi har til hverandre og at dette inngår i alle menneskeforhold. Martinsen skriver i boka «omsorg, sykepleie og medisin» at: *«Vi kan alle komme i den situasjon at vi vil komme til å ha bruk for hjelp av andre. Vi bør derfor handle slik at alle kan få samme muligheter til å leve det beste liv de er i stand til.»* (Martinsen, 2008:15). Det skilles mellom relasjoner med ulik gjensidighet, og fremheves at sykepleien og omsorg i helsevesenet er bygd på uegennyttig gjensidighet, hvor vi gir omsorg helt uten å forvente noe tilbake (Martinsen, 2008). Omsorg har også ifølge Martinsen(2008) en praktisk side som ikke bare handler om følelser og den sentimentale omsorg, men konkrete handlinger hvor en gjør noe for å hjelpe den andre. Dette betyr at det ikke er nok at sykepleieren har medlidenhet og synes synd i pasienten, det kreves også konkrete handlinger for å gi omsorg. Hjelpen skal gis utfra hvilken hjelp som trengs, og uten forventninger om å få noe igjen for det eller for å oppnå et resultat (Martinsen 2008). I denne praktiske delen av omsorg er det viktig å finne en balanse mellom å hjelpe og å ta vare på pasientens selvbestemmelse. Den moralske siden av omsorg handler om kvalitet i relasjonen og at omsorgen utøves på en måtes som er til det beste for pasienten, selv om det ikke behøver å være etter pasientens uttrykte ønsker. I relasjoner mellom mennesker hvor det ene er avhengig av det andre, inngår det makt. Omsorgsmoral handler om hvordan vi som sykepleiere bruker denne makten. Vi må kunne sette oss inn i den andres situasjon og ta avgjørelser basert på hva som er til det beste for pasienten utfra den kunnskap vi har om sykepleie og verdier. Sykepleieren må kunne se for seg at situasjonen hadde vært omvendt, og handle mot pasienten ut fra hva hun hadde ønsket dersom det var hun som var den svake. Pasientens autonomi skal også bevares ved at hans egne ressurser tas i bruk og at han får ta del i egen behandling, slik at han ikke føler seg «overkjørt».

I de to følgende avsnittene vil vi gå litt nærmere inn på hva Martinsens omsorgsfilosofi sier om relasjon, tillit, kommunikasjon og samtale.

2.5.1 Relasjon og tillit

I følge Kari Martinsen er omsorg et forhold mellom to personer, en relasjon. Hun mener at de spontane livsytringene er fundamentet i relasjonene, noe som er basert på Knut Løgstrups tenkning. En av disse livsytringene er tillit. Tilliten er tilstede i relasjonen til den brytes av den ene parten, og det er opp til hver og en å ta vare på den andres tillit.

En god relasjon mellom sykepleier og pasient vil ha stor betydning for omsorgen som gis. For at sykepleieren skal kunne utøve god sykepleie må hun sette seg inn i pasientens situasjon og forsøke å forstå hvordan han har det. I forholdet mellom pasient og sykepleier vil ofte pasienten vise en umiddelbar tillit til sykepleieren. Han sier med det at han stoler på at hans behov tas vare på og at han blir forstått og tatt på alvor. Dersom sykepleieren svikter vil tilliten i relasjonen ødelegges og det vil bli vanskelig for pasienten å stole på pleieren (Martinsen, 2008).

Sykepleie til lungekreftpasienter krever, kanskje enda mer enn ved andre kreftsykdommer, en god relasjon mellom sykepleier og pasient. Dette fordi personer med dyspné og angst er særlig avhengige av å kunne stole på at de får hjelp ved pustebesvær, da denne lidelsen er veldig alvorlig og gjerne oppleves som svært dramatisk for pasienten. Dersom pasienten har et godt forhold til sykepleieren og stoler på at han vil få hjelpen som trengs vil det kunne bidra til å berolige og betrygge. Dersom situasjonen er motsatt vil angsten kunne bli verre på grunn av at pasienten ikke føler seg ivaretatt av sykepleieren. (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2005).

2.5.2 Kommunikasjon og samtale

I boka «Samtalen, skjønnets og evidensen» skriver Kari Martinsen om allmennsamtalen som grunnlaget for den faglige samtalen i sykepleieyrket. Hun beskriver samtalen som en treleddet relasjon hvor det tredje leddet er saken som en samtaler om. Dersom vi ikke engasjerer oss og oppriktig bryr oss om saken vil samtalen være toleddet. Det vil si at en ikke har samme forståelse av saken, en forholder seg til det den andre sier som objektive fakta (Martinsen, 2009).

Martinsen beskriver kommunikasjon som en bærer av all samtale. Den handler om å våge og begi seg ut på en samtale hvor man risikerer å bli avvist. Den andre i samtalen skal tas alvorlig og ta godt imot den andres tone. Det er det som ifølge Martinsen(2009) er å møtes i tillit. I både allmennsamtalen og fagsamtalen er begge parter likeverdige, for selv om sykepleieren har fagkunnskap som pasienten ikke har, så har pasienten kjennskap til seg selv som ikke sykepleieren har. Den hjelpetrengende kan gjennom samtalen gi sykepleieren innsikt i hvordan han har det slik at sykepleieren kan bruke samtalen når faglig pleie og behandling skal vurderes (Martinsen, 2009).

2.6 Informasjon og kommunikasjon med kreftpasienter

I følge pasientrettighetsloven har alle pasienter krav på å få informasjon om sin egen helsetilstand. Dette innebærer blant annet diagnose, prognose, behandlingsmuligheter og mulige bivirkninger og risikoer. Hovedsakelig er det legens ansvar å gi denne informasjonen, men informasjon som omhandler sykepleien og utøvelsen av sykepleien er det sykepleierens ansvar å gi (Reitan, 2010).

Det er ikke alle kreftpasienter som ønsker å få all informasjonen. Enkelte foretrekker ikke å vite. Spesielt i tilfeller med dårlige prognoser. Det blir også sykepleierens jobb å respektere pasientens ønske om å unngå informasjon (Reitan, 2010).

Kommunikasjon og informasjon er to begreper som i sykepleien henger tett sammen. Måten vi kommuniserer på og formidler informasjon på er svært viktig, men kommunikasjon handler også om hvordan vi som sykepleiere forstår pasienten. For å kunne hjelpe, støtte, trøste og være tilstede for den syke er god kommunikasjon grunnleggende. Det er gjennom kommunikasjon vi forstår hvem pasienten er, hva de vil, hvordan de har det og hva de føler. Her spiller også den non-verbale kommunikasjonen en viktig rolle. Kroppsspråk og ansiktsuttrykk kan være med på å gi sykepleieren forståelse av hvordan pasienten har det når han ikke sier det med ord. Det er ikke alle som har like lett for å fortelle hvordan de har det, og heller ikke alle som kan snakke (Reitan, 2010). Empati er en forutsetning for god kommunikasjon. Det handler om å leve seg inn i hvordan pasienten har det, evne til å lytte og forstå. Fagkunnskaper er også en viktig faktor for å kunne sette seg inn i pasientens opplevelse. Når man har kunnskap om normale reaksjoner og plager i pasientens situasjon vil

man også være mer observant og se etter disse reaksjonene. Å ha en god fagkunnskap vil kunne bidra til at en oppdager noe man ellers ikke ville oppdaget (Eide&Eide, 2007).

God kommunikasjon er viktig når det skal gis informasjon slik at pasienten forstår budskapet og får besvart sine spørsmål. Dårlige nyheter må formidles slik at en ikke tar fra pasienten alt håp, men samtidig slik at de får vite sannheten. Hvordan dette skal gjøres er en av mange utfordringer vi står overfor i møtet med kreftpasienter (Reitan, 2010).

Måten vi kommuniserer med pasienten på er avgjørende for hvilken relasjon vi får til mennesket, noe som er svært viktig for den lindrende sykepleien vi skal utføre for den palliative lungekreftpasienten.

3.0 METODE

Metode er et redskap som brukes ved innhenting av informasjon og som framgangsmåte når en skal tilegne seg ny kunnskap. Når en skal velge hvilken metode som skal brukes må en se på hvilken tilnærming til kunnskapen en ønsker. Det er nødvendig å finne en metodisk tilnærming som gir et riktig bilde av kunnskapen i forhold til hva man ønsker ut av oppgaven (Dalland, 2011).

Vi ønsket i denne oppgaven å få en helhetlig forståelse for hvordan sykepleieren skal lindre angst hos lungekreftpasienten. Denne typen vitenskap hvor det handler om å tolke og forstå andres meninger kalles hermeneutikk. Vi har benyttet oss av en hermeneutisk tilnærming til kunnskapen ettersom vi ønsker å få en bedre forståelse av pasientens egne opplevelse.

«Som hermeneutisk innstilte forskere nærmer vi oss det som skal utforskes, med vår egen førforståelse. De tanker, inntrykk og følelser og den kunnskap vi har om emnet, er en ressurs og ikke et hinder for å tolke og forstå det fenomenet vi står overfor.» (Dalland, 2011:58).

3.1 Valg og begrunnelse av metode

Vi har valgt å bruke litteraturstudie som metode i vår oppgave, noe som inngår i en kvalitativ metode hvor en tar sikte på å fange opp meninger og opplevelser som ikke er målbare. En kvalitativ metode kan bidra til en bedre forståelse av temaet (Dalland, 2011). Som studenter var det ikke aktuelt med innhenting av informasjon direkte fra pasient eller pårørende på grunn av universitetets reglement. Vi mente derfor at vi ved hjelp av litteraturstudie kunne få

et godt bilde av tidligere forskning. Alternativet var å velge intervju av sykepleier som jobber med disse pasientene, men vi tror litteraturstudiet vil gi en mer helhetlig forståelse av denne pasientgruppen.

3.2 Litteraturstudie

Et litteraturstudie handler om systematisk innsamling av data. En må få oversikt over hvilken forskning som allerede finnes om temaet slik at en kan vurdere og sette denne forskningen opp mot egne erfaringer. Vi skal altså ikke skape ny kunnskap, men sammenstille og vurdere den kunnskap som allerede fins (Axelson, 2008). Vi startet med å undersøke hva som fantes av bøker og artikler om vårt tema, både i pensumlitteraturen, i kommunens bibliotek og på internett i skolens databaser. Videre gjorde vi systematiske søk i forskjellige databaser, blant annet ORIA som gjør søk i flere ulike databaser på en gang. Dette gjør at vi som studenter lærer oss hvordan vi skal innhente ny kunnskap og vurdere den slik at vi kan utvikle oss videre etter endt utdanning (Axelson, 2008).

Vi har i vår studie tatt utgangspunkt i å søke etter forskning som kan gi noen svar på vår problemstilling. Hovedsakelig ønsket vi å finne ut mer om pasientenes opplevelser i forbindelse med angst og hvordan de opplever lindring av angst. På denne måten ville vi fått en bedre forståelse for hvordan sykepleieren kan bidra til å lindre angst ut fra pasientens perspektiv. Forskning som gir noen svar på hvordan en kan lindre dyspné har også vært målet med litteratursøkingen.

God struktur og en ryddig presentasjon av litteraturen og at en viser hvordan en har kommet fram til de resultatene som presenteres er viktig (Axelson, 2008). Vi har derfor valgt å lage en artikkelmatrise som presenterer artiklene og funn som vi har brukt i oppgaven. Artikkelmatrisen blir lagt som vedlegg sammen med en søkeordstabell som viser hvordan vi har funnet artiklene. Vi vil gå gjennom artiklene som skal brukes grundig og kritisk vurdere materialet før det tas med i oppgaven. Kildekritikk tas opp i et egen avsnitt. For å forstå forskningsresultat må hver studie ses på som en helhet og vurderes opp mot problemstilling og teori i drøftingsdelen. I Drøftingen skal det presenteres likheter og ulikheter mellom artiklene og diskuteres hva disse forskjellene eller likhetene har å si for problemstillingen. Her skal problemstilling, metode og resultat binde oppgaven sammen til en helhet (Axelson, 2008)

3.3 Databaser og søkeord

I vårt litteratursøk startet vi som sagt i forrige avsnitt med å gjøre noen søk i universitetets databaser og fysiske søk i bibliotek og pensumlitteratur for å lage oss en oversikt over hva som finnes av aktuell litteratur. Deretter gjorde vi grundigere søk hvor ord og kombinasjoner måtte planlegges bedre. For å finne de riktige artiklene er det viktig med gode søkeord og kombinasjoner. Små forskjeller i hvordan en setter opp søkeordene kan utgjøre store forskjeller i hvilke treff en får og man kan dermed gå glipp av viktige artikler hvis en ikke er klar over det (Axelson, 2008).

Når vi skulle finne ut hvilke søkeord vi skulle bruke startet vi med å prøve oss frem med ulike ord og kombinasjoner. Deretter noterte vi oss hvilket resultat søkene gav. Vi startet med søk i ORIA, som søker i mange ulike databaser ved hvert søk. Her fikk vi veldig mange treff på vårt tema og det ble svært vanskelig å få kortet ned nok til at vi kunne gå gjennom alle treffene. Norske søkeord gav få treff, og vi har derfor brukt mest engelske ord. Søkene vi gjorde i PubMed og Scopus gav mellom 20 og 30 treff, noe som gjorde det mulig å lese abstraktene på alle de med relevante overskrifter. På denne måten følte vi at vi fikk god oversikt over forskningen som finnes om temaet. Scopus, Swemed+ og PubMed er databasene vi har brukt mest. I tillegg fant vi en artikkel på sykepleien.no, en ved tilfeldig søk i google og en ved gjennomgang av en relevant litteraturliste.

3.4 Kildekritikk

Kildekritikk handler om å være kritisk til de kildene en har brukt for å vurdere deres relevans og gyldighet. Det må også gjøres rede for hvilke metoder som er brukt for å sikre gode kilder (Dalland, 2011).

Vi opplevde søking av litteratur som en stor utfordring, ettersom det er første gang vi skriver denne type oppgave. Det var svært mye litteratur å finne om vårt tema, men lite som hadde samme perspektivet som vi ønsket, altså pasientens meninger. Vi fant også bekreftelse på dette i flere artikler, blant annet Johnston & Smith (2006) skriver at det finnes begrenset informasjon om pasientens syn på palliativ pleie (Johnston & Smith, 2006). Fire av artiklene vi har brukt i oppgaven er originale artikler, mens de resterende er oversiktsartikler som tar opp et sammendrag av tidligere forskning innen emnet (Dalland, 2011). Dette er fordi vi ikke fant passende originale artikler som vi kunne bruke. For å sikre at artiklene er vitenskapelige artikler har vi krysset av for «Peer reviewed» under søket. Da har artiklene som kommer opp

gått gjennom en fagfellelvurdering hvor den har blitt godkjent av andre eksperter. Dette er en effektiv måte å kvalitetssikre informasjonen på. Annen litteratur som er brukt i oppgaven er både primære og sekundære kilder, vitenskapelige artikler, fagartikler, internettsider og personlige erfaringer (Dalland, 2011)

3.5 Funn

Funnene som er beskrevet nærmere i artikkelmatrisen (vedlegg 1) viser at lindrende sykepleie kan bidra til økt livskvalitet hos pasienter med angst. En helhetlig tilnærming som tar sikte på å danne gode tillitsfulle relasjoner med pasientene er ønskelig, og kan bidra til lindring av både fysiske symptomer og psykiske som for eksempel angst. Rådgivning og undervisning som kan hjelpe pasientene å takle symptomene bedre kan også øke livskvaliteten og sykepleierne bør derfor få trening i rådgivning og samtale-teknikker samt at det bør gis ekstra ressurser til å innføre dette i sykepleien.

4.0 DRØFTING

Vi vil i dette avsnittet drøfte resultatet fra artiklene vi har valgt ut opp mot vår problemstilling: «Hvordan kan sykepleieren bidra til lindring av angst hos lungekreftpasienter i den palliative fasen?». Vi vil forsøke å diskutere våre egne erfaringer og bruke eksempler fra praksis og sette disse opp mot utvalgt teori. I tillegg skal vi drøfte våre funn og teorien i forhold til Kari Martinsens omsorgsteori og eventuelle utfordringer for sykepleieren.

4.1 Sykepleierens funksjon ved lindring av angst

I møtet med den angstrammede lungekreftpasienten kreves det mye av sykepleieren og vi spiller en viktig rolle i forbindelse med lindring av angsten. Vi har gjennom arbeidet med denne oppgaven innsett at lindring av angst har like mye med sykepleierens væremåte å gjøre som det har med lindring av fysiske symptomer, og at det er stor sammenheng mellom pasientens psykiske opplevelser og de fysiske symptomene.

Når sykepleieren skal lindre angst er det viktig å finne ut hva som er den utløsende årsaken, for å kunne sette i gang riktige tiltak i behandlingen. Men hvordan skal vi gå frem for å gjøre dette på best mulige måte? Og hva kreves av sykepleieren i en slik situasjon?

I eksempelet i innledningen er pasienten engstelig på grunn av dyspné, hun føler ikke at hun får tilstrekkelig med oksygen selv om Sao_2 målingen viser 92%. I følge Bonk(2012) vil ikke opplevelsen av dyspné og måling av oksygensaturasjon alltid være sammenlignbart, og Sao_2 vil derfor ikke være en pålitelig måling av dyspné, ettersom den kan være over 90% samtidig som pasienten opplever alvorlig dyspné. Dette er en indikasjon på at dyspné er en mye mer sammensatt tilstand enn kun hypoksi (Bonk, 2012). Sykepleieren i vårt eksempel valgte å overse pasientens opplevelse og fortsette på sin runde. Det hun egentlig burde ha gjort i den situasjonen var å la pasienten beskrive sin opplevelse, for å danne seg et bilde av hvordan hun har det, og hvilke tiltak som bør settes i gang. Hun må i tillegg observere respirasjonsfrekvens og rytme, og forklare at dersom hun puster rolig og med magen vil respirasjonen være mer effektiv (Hoel&Lynes, 2010). Takypné kan oppstå på grunn av angst eller smerter, og fører til Co_2 -retensjon i blodet og symptomer som kald, klam hud, økt sekresjon fra luftveiene, takykardi og eventuelt arytmi på grunn av pH-enderinger. Symptomene vil bidra til økt angstfølelse hos pasienten og fører henne inn i en ond sirkel der hun blir ytterligere oppkavet av angsten (Almås, Rønningen & Wilberg, 2005). Sykepleieren kan ofte være med på å roe ned pasienten ved å være tilstede og holde pasientens hånd, og puste rolig sammen med henne. Flere av artiklene vi har funnet viser også til avslappningsteknikker og pusteteknikker som lindrende i forbindelse med dyspné, og påpeker at pasientene burde få undervisning i dette (Yates og Schofield m.fl, 2013) (Bonk, 2012). Bonk (2012) skriver også at å forklare rolig hvilke negative effekter takypné har på respirasjonen kan bidra til at pasienten forstår hvorfor pusteteknikker kan være hjelpsomme. Kroppskontakt kan hjelpe pasienten til å føle seg trygg og virke beroligende (Hoel & Lynes, 2010). De fysiske årsakene til pustebesværet vil fortsatt være tilstede, men pasienten får mindre besværet respirasjon ved at angsten blir mindre (Almås, Rønningen & Wilberg, 2005).

Pasienten i vårt eksempel var oppegående og hadde ikke behov for hjelp til å forflytte seg. Det er likevel nødvendig å informere henne om hensiktsmessige stillinger i forhold til hennes dyspné. Sykepleieren burde ha hjulpet henne opp med hjertebrettet eller oppmuntret henne til å sette seg i en stol ved vinduet. Hun bør ha en kroppsstilling som er avslappende og samtidig gir gode forhold for respirasjonen og utvidelse av toraks for eksempel ved høyt ryggleie (Almås, Rønningen & Wilberg, 2005). Selv om pasienten i eksemplet sa hun kunne vente med å prøve oksygentilførsel, burde kanskje sykepleieren oppfordre henne til å forsøke det. Oksygen kan ha en lindrende effekt ved at det gir trygghet hos pasienten selv om det ikke alltid har noen målbar effekt. En burde velge nesekateter i tilfeller med angst, dette fordi

ansiktsmaske kan virke klaustrofobisk og forverre dyspnéen (Bonk, 2012). Frølund og Pedersen(2011) påpeker også at bruk av oksygen burde foretrekkes fremfor atmosfærisk luft hos døende kreftpasienter med dyspné.

I tilfeller hvor pasienten har angst på grunn av dyspné kan effektive sykepleiehandlinger bidra til å få pasienten ut av den onde angstspiralen (Hoel & Lynes, 2010). På grunn av at angst og dyspné henger så tett sammen vil det være vanskelig å avgjøre hvilket symptom en skal lindre først, og vi mener det er mest hensiktsmessig å sette i gang tiltak mot begge symptomene samtidig. Dette kan vi gjøre ved at vi for eksempel setter oss ned og holder pasientens hånd samtidig som vi rolig forklarer henne om sammenhengen mellom angst og dyspné og hva vi skal gjøre for å hjelpe henne.

Studier viser at det er stor sammenheng mellom psykiske tilstander og fysiske symptomer, og at dersom sykepleieren har en helhetlig tilnærming til de fysiske symptomene kan denne behandlingen også være med å lindre de psykiske problemene (Rueda, Solà, Pascual & Casacuberta, 2011). To av studiene Rueda, Solà, Pascual & Casacuberta (2011) skriver om har undersøkt hvilken effekt en sykepleier som fokuserer på pasientens følelsesmessige opplevelse av dyspné og pusteteknikker kan ha, i motsetning til en sykepleier som kun fokuserer på symptomlindring. Hensikten med studiene var å unngå å skille den fysiske og den psykiske opplevelsen av dyspné. Undersøkelsene viste en signifikant forskjell i uro på grunn av dyspnéen, vanskeligheter med å gjennomføre daglige aktiviteter og opplevelse av angst, hvor gruppene der sykepleieren hadde fokus på pasientens følelser i tillegg til den fysiske opplevelsen, hadde bedre utfall på alle punkter.

Våre erfaringer tilsier at sykepleierne ofte «overser» at pasientene viser tegn til angst og heller fokuserer på det somatiske, eller med å kun gi behandling i form av medisiner og ikke tenker på de andre sidene av sykepleierens lindrende funksjon. En slik tilnærming, som kun har fokus på det fysiske, vil ikke være en helhetlig lindrende tilnærming. Så kan en spørre seg selv hva det er som gjør at sykepleierne lukker øynene for dette? Er det mangel på empati, mangel på kunnskap eller har vi rett og slett for dårlig tid? Og er det slik at angst og andre psykiske problemer ikke blir prioritert når det er dårlig tid?

En helhetlig tilnærming skal ta vare på det fysiske så vel som det psykiske, sosiale og åndelige behovet pasienten har. Når vi som sykepleiere møter pasienter som er innlagt i sykehus har vi ingen kjennskap til hvilke behov og ønsker pasienten har på disse områdene. Det kreves derfor av enhver sykepleier at vi kan bli kjent med og få en god relasjon med

pasienten for å få vite hva deres behov er. Pasientene som var deltakere i Johnston & Smiths(2006) studie nevner kontakt som det viktigste for en god sykepleier-pasient-relasjon. Den gode kontakten oppstår ved hjelp av sykepleierens gode kommunikasjonsevner og at de tar seg tid å lytte og komme nær pasienten. Dersom denne gode kontakten ikke oppstår vil ikke sykepleierens andre lindrende egenskaper være like effektive, ettersom god lindrende behandling ikke kan gjennomføres uten denne kontakten med pasienten (Johnston & Smith, 2006). Dersom vi går tilbake til vårt eksempel ser vi at sykepleieren her ikke har en relasjonsskapende innstilling, og hun får ikke opprettet en god kontakt med pasienten. Dersom hun hadde stoppet opp, og gitt henne tid og muligheten til å fortelle om sin opplevelse av dyspnéen ville hun med større sannsynlighet kunne fått en god kontakt og tillit fra pasienten. Når kommunikasjonen ikke er effektiv og det ikke oppstår god kontakt mellom sykepleier og pasient kan pasienten føle seg oversett og at de ikke har noen å snakke med (Johnston & Smith, 2006). Pasienten beskriver en god palliativ sykepleier som en som lytter mer enn noe annet, som lytter med åpne ører og åpent sinn. Hun hører ikke bare ord, men også følelser. Hun hører det som ikke blir sagt (Johnston & Smith, 2006). Vi vil ved hjelp av et eksempel vise at sykepleieren som kommuniserer godt og skaper en god relasjon til pasienten kan bidra til lindring av angst og øke pasientens livskvalitet.

Sykepleieren kommer inn til «Per», en 61 år gammel mann med lungekreft og plages av angst. Hun kommer rolig inn i rommet, presenterer seg og setter seg ned ved siden av senga. Så spør hun Per om hvordan han har hatt det i natt, og han forteller at han har sovet dårlig og snakker om sine bekymringer i forbindelse med sykdommen sin. Sykepleieren lytter til det han har å si og forsikrer han om at hun skal ta godt vare på han, og hjelpe til med de plager som skulle oppstå. Fokuset er hele tiden på han, og hun har en holdning som tilsier at hun er interessert i det han har å si, samtidig som hun vurderer og gjør sine nødvendige observasjoner. Hun tar han lett i hånden før hun avtaler at hun skal komme tilbake siden. «Per» takker så mye for at hun tok seg tid til han, og sier han føler seg mye bedre enn når han våknet i dag.

Dette er et eksempel på hvor lite som noen ganger skal til for å få en god kontakt med pasienten. Her uttrykker sykepleieren at hun har god tid, selv om det nødvendigvis kanskje ikke er tilfelle, i tillegg til å vise interesse for hvordan han har det, dette skaper ro og en mulighet for pasienten til å fortelle hva han føler samtidig som han ser at sykepleieren faktisk bryr seg. For å skape en situasjon som denne kreves det empati hos sykepleieren. Empati kan vi beskrive som sykepleierens verktøy for å bedre kontakten og forståelsen av pasienten, og

denne forståelsen skal kunne veilede sykepleieren i hennes væremåte og hennes handlinger. Ved bygging av relasjon til pasienten er empati grunnleggende, ettersom det hjelper sykepleieren å forstå pasientens situasjon og bli berørt av denne, noe som bidrar til at han føler seg ivaretatt hos denne sykepleieren (Thoresen, 2013).

Alternative tiltak som har gitt god effekt ved lindring av dyspné og angst er avslappingsteknikker, akupunktur og fotsoneterapi. Bonk (2011) viser til studier som bekrefter at avslappingsteknikker og akupunktur kan føre til økt livskvalitet, mens Rueda, Solà, Pascual & Casacuberta(2011) viser at fotsoneterapi kan gi kortvarig positiv effekt i form av redusert angst. Frølund & Pedersen(2011) skriver også om at akupunktur gir positiv effekt ved dyspné. Vi har selv hatt erfaring med bruk av fotmassasje i palliativ pleie, hvor det har ført til økt velvære for pasienten, men akupunktur og avslappingsteknikker har vi sett lite bruk av i løpet av våre praksiser.

4.2 Omsorgstenkning og lindring av angst

Under arbeidet med oppgaven har vi forstått at lindring er svært avhengig av den omsorgen som gis av sykepleieren, og at det å lindre angst er en svært sammensatt problemstilling. Kari Martinsen beskriver sykepleiesituasjonen som kompleks, hvor hun påpeker at det kreves faglig kunnskap og innsikt, men også følelser. Hun beskriver en personorientert profesjonalitet hvor sykepleieren presenterer seg som et menneske med personlige følelser rettet mot pasienten, og pasienten blir et menneske som vedkommer sykepleien. Det er da sykepleieren blir åpen for pasientens inntrykk (Austgard, 2010).

Dersom vi setter forskningsresultatene opp mot Martinsens teori finner vi ut at når sykepleiere går inn i møtet uten et ønske om å se pasientens hele situasjon vil en ikke kunne bidra til å lindre pasientens angst på en omsorgsfull måte.

Martinsen forklarer omsorg som et relasjonelt, praktisk og moralsk begrep. Disse begrep mener vi også kan brukes for å beskrive sykepleierens lindrende funksjon. Når sykepleieren møter en pasient med angst er pasienten avhengig av vår hjelp for å få lindret sin angstfølelse. Sykepleieren er den sterke og pasienten den svake. Martinsen (2008) bruker «prinsippet om ansvaret for den svake» som eksempel, hvor vi alle er avhengige og kan komme i en situasjon hvor vi behøver hjelp av andre. Derfor skal vi alltid handle mot andre slik vi ville ha ønsket å bli behandlet selv. Sykepleieren må derfor forsøke å forestille seg hvordan vi ville ønsket å bli

møtt dersom vi var i pasientens situasjon, og på denne måten vil vi være mer bevisst på hvordan vi opptrer i møtet med pasienten med angst.

For å lindre angst må sykepleien også være praktisk, det er ikke nok å bare leve seg inn i situasjonen og ha medfølelse for pasientens angst, vi må også tre inn og handle for pasientens beste. Konkrete handlinger for å lindre må bestemmes ut fra pasientens situasjon og en skal aldri forvente noe tilbake. Handlinger skal heller ikke begrunnes ut fra ønsket resultat, med dette mener vi at vi ikke kan forvente et resultat fra de tiltak som settes i gang. Tiltakene skal bestemmes utfra en situasjonsforståelse hvor pasientens muligheter og begrensninger må tas under betraktning. Vi må i møtet med pasienten bruke vår fagkunnskap og skjønn til å vurdere hvilken hjelp han trenger og hva som kan være med på å lindre angsten (Martinsen, 2008).

Når vi skal bidra til lindring av angst, kommer også begrepet moral inn i bildet. Moral handler ifølge Martinsen(2008) om hvordan vi er i relasjonen gjennom det praktiske arbeidet. Det er med andre ord hvordan vi velger å utøve de praktiske handlingene og hvordan vi opptrer i relasjon med pasienten som bestemmes ut fra vår moral. Martinsen (2008) sier at moralen må læres gjennom erfaring og praksis. Vår egne erfaringen gjør oss i stand til å forstå pasientens opplevelse ved at vi gjenkjenner situasjonen de står i, i tillegg til våre fagkunnskaper om angst, som er med på å gjøre oss i stand til å lindre pasientens plager. At pasienten er avhengig av vår hjelp gir oss som sykepleiere en makt over dem, og hvordan vi velger å bruke denne makten handler også om vår moral. Ved å ha solidaritet med den svake kan makten brukes moralsk ansvarlig. Dersom makten ikke brukes for pasientens beste, vil ikke sykepleierens handling være moralsk ansvarlig (Martinsen, 2008).

Forskning viser at sykepleierens væremåte har mye å si for å skape kontakt med pasienten og bygge en relasjon. Det er egenskaper som godhet, varme, empati og genuinitet som blir satt høyest hos en god palliativ sykepleier (Johnston & Smith, 2006). Disse egenskapene blir også presentert som vesentlige for utøvelse av omsorg ifølge Martinsen(2008), sammen med egenskaper som respekt, kunnskap og innlevelse. Hun mener at målet med omsorg er omsorg i seg selv. I vår situasjon er lindringen av angsten omsorgen som gis, og målet med omsorgen er å lindre angsten.

I vårt eksempel fra innledningen mener vi sykepleieren ikke utøver god lindrende sykepleie. Hun haster videre uten å spørre pasienten om hvordan hennes opplevelse er. Vi kan tenke oss at hun ikke handler mot pasienten slik som hun ville ønske å bli behandlet selv, og hun får dermed ikke en god relasjon med pasienten. Makten brukes ikke moralsk ansvarlig, ettersom

hun prioriterer å gå videre på medisinerunden i stedet for å ta seg tid til pasienten som trenger henne. En kan undre seg om sykepleieren mangler kunnskap om lindring av angst, og sammenhengen med dyspné, om hun føler seg usikker i situasjonen eller om hun rett og slett har gjort en vurdering og prioriterer noe annet foran denne pasienten.

Det er gjennom samtalen og ved hjelp av gode kommunikasjons ferdigheter at sykepleieren blir kjent med pasientens behov og problemer. Vi må tørre å gå inn i samtaler som kan være vanskelige, og tåle å møte pasientens spørsmål uten å nødvendigvis å kunne gi dem et svar (Martinsen, 2009). I Johnston & Smiths(2006) undersøkelse uttalte pasientene at noen å snakke med og som kunne tilbringe tid sammen med dem var viktig. Selv om disse funn ikke er nye, påpekes det også her at effektiv kommunikasjon er spesielt viktig i palliativ pleie (Johnston & Smith, 2006).

I Martinsens sykepleieteori er omsorg og kunnskap ord som henger tett sammen. Dette begrepet går også igjen i artiklene vi har brukt og teori om lindring. Sykepleieren må ha kunnskap om angst, om hvordan en kan lindre angst og hvilke tiltak som kan lindre andre symptomer som fører til angsten, som dyspné og smerter. For å kunne møte pasientens behov må en ha kunnskap om kommunikasjon, noe som både krever fagkunnskap og erfaring. Reitan(2010) foreslår at å bruke rollespill og øving på de situasjoner som kan være utfordrende for sykepleieren kan gjøre oss mer rustet for møtet med pasienten, og det kan bli lettere å tørre å gå inn i den vanskelige samtalen.

4.3 Utfordringer

I vår oppgave har vi tatt utgangspunkt i pasienter innlagt i sykehus. Sykehus som arena kan by på flere utfordringer i forhold til en lindrende enhet. I sykehus ser vi en tendens til lite personell sammenliknet med antall pasienter, noe som gjør at sykepleierne stadig må vurdere hvilke pasienter som skal prioriteres først. Tidspress kan føre til at samtaler med pasientene blir satt til side til fordel for «viktigere» undersøkelser og behandlinger, som for eksempel SaO₂-målinger og medikamentadministrering. Vi sitter med en førforståelse om at angst er et lite belyst tema og at sykepleierne sjelden snakker med pasientene om angst, derfor er det grunn til å tro at mange pasienter sliter med angst uten at det oppdages. Angst er for mange et tabubelagt tema og kan være vanskelig å snakke om. Hvis sykepleieren i tillegg har dårlig tid til å samtale, kan det kanskje være lett for pasienten å unnvære å ta opp problemet. Strand &

Ellingsen(2007) viser til bruk av ESAS-skjema som et verktøy ved kartlegging av pasientens symptomer, som går ut på at pasienten selv rangerer hvordan han har det. Vi mener at en slik kartlegging kan være til hjelp når vi skal legge til rette for pasientens lindring. Det kan bidra til å gi sykepleieren et raskt og verdifullt bilde av pasientens opplevelse, og ettersom spørsmålene omfavner både fysiske, psykiske, sosiale og åndelige sider, vil det også være en helhetlig vurdering. Hovedsakelig gir det pasienten muligheten til å informere om sin opplevelse av symptomene, og hva han rangerer som viktigst. Bruk av ESAS er også en mulighet for sykepleieren å få viktig informasjon om hvordan pasienten har det i dag, selv på di dager hvor en ikke har tid til å stoppe opp å snakke med pasienten. Det kan også hjelpe sykepleierne å oppdage angst hos de pasientene som ikke uttrykker sine følelser og tanker. Dette betyr ikke at skjemaet skal være en erstatning for sykepleierens tilstedeværelse, men det kan være et supplement (Strand & Ellingsen, 2007). Ifølge Rueda, Solà, Pascual & Casacuberta(2011) er det også ønskelig at pasientene får ta del i egen behandling og at de gis mulighet til å uttrykke egne følelser og ønsker.

Dårlig tid kan være årsaken til at sykepleieren i vårt eksempel velger å «overse» at pasienten er engstelig, ved å unngå å involvere seg vil hun få mer tid til de andre pasientene. Det kan også skyldes usikkerhet, eller at sykepleieren mangler evne til å sette seg inn i situasjonen. På den andre siden kan det være at sykepleieren her vurderer det som hensiktsmessig å se an situasjonen litt. Det kan komme fra tidligere erfaring med samme eller lignende pasienter. En annen årsak kan være at hun har andre pasienter som hun mener bør prioriteres i denne situasjonen.

Når sykepleieren må velge hvilken pasient som skal prioriteres byr dette på etiske dilemma. I noen situasjoner vil en ikke kunne hjelpe alle og dersom en skal handle for den ene må det gå på bekostning av noen andre. En slik vurdering må tas ved hjelp av fagkunnskap og skjønn. Sykepleieren må være oppmerksom på at det ikke alltid er pasienten som roper høyest som har mest behov for hjelp. Vår erfaring er at de tause pasientene fort kan bli glemt på hektiske dager. Det er også viktig at en er tilstede i de situasjoner hvor en møter pasienten og er bevisst på egen væremåte, da dette kan bidra til at pasienten føler seg sett og tatt vare på, selv om en ikke har så god tid. Det handler med andre ord om hvordan en utnytter den lille tiden en har. Vi mener at 2 minutter med en sykepleier som bryr seg, og er interessert i hvordan du har det, er bedre enn 10 minutter med en som virker stresset, ufokusert og lite interessert.

Ved lindring av angst har sykepleier et stort ansvar som byr på mange ulike utfordringer og det kreves både kunnskap og erfaring for å kunne yte god sykepleie.

5.0 AVSLUTNING

En kan lindre angst på flere måter enn med medikamenter og ved å lindre fysiske symptomer. Lindring av angst handler mest av alt om omsorg, og sykepleierens evne til å yte omsorg overfor pasienten. Et helhetlig fokus som sørger for pasientens fysiske velvære så vel som den psykiske, sosiale og åndelige er ønskelig for lindring av angst, da en ofte samtidig må lindre symptomer som dyspné for å kunne øke pasientens livskvalitet. Kunnskaper om lungekreft og symptomer vil gjøre at sykepleieren vet hvilke symptomer og reaksjoner som er vanlige og også hvilke tiltak som burde settes i gang. Det vil også bevisstgjøre sykepleierne om at lindring av angst handler om mye mer enn bare utlevering av beroligende medikamenter.

Spørsmålet vi har stilt i denne oppgaven er: «Hvordan kan sykepleieren bidra til lindring av angst i den palliative fasen hos pasienter med lungekreft?». Vi mener at vi gjennom oppgaven gir et godt bilde av hvordan sykepleieren bør opptre og hvilken rolle de har i møtet med pasienten med angst og hvilke tiltak som kan bidra til lindring. Det vil ikke være mulig å komme med en konklusjon, etter som alle mennesker er forskjellige. Ut fra funn i oppgaven mener vi det nærmeste vi kommer en konklusjon er at helhetlig sykepleie, med fokus på god kommunikasjon og en god tillitsfull relasjon mellom sykepleier og pasient er avgjørende for å lindre angst hos pasienter med lungekreft i den palliative fasen.

Arbeidet med denne oppgaven har vært både interessant og slitsomt, men alt i alt har vi hatt et godt samarbeid og lært mye nytt. I perioder var det vanskelig å komme i gang, men med god hjelp fra veileder mener vi at vi kom godt ut av det hele.

LITTERATURLISTE

Pensumlitteratur:

Almås, H., Stubberud, D.G., & Grønseth R. (2011). *Klinisk sykepleie 1*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Blix, E. S., & Breivik, S. (2006) *Basisbok i sykepleie. Om menneskets grunnleggende behov*. Bergen: Fagbokforlaget.

Dalland, O. (2011). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (4. utg) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Eide, H., & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner*. (2. utg) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Jacobsen, D., Kjeldsen, S.E., Ingvaldsen, B., Buanes, T., & Røise, O. (2009) *Sykdomslære. Indremedisin, kirurgi og anestesi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., & Skaug, E.A. (2005) *Grunnleggende sykepleie, Bind 4*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Selvvalgt litteratur:

Anvik, V. H. (1996). *Ved livets slutt. Omsorg for den kreftsyke og familien i hjemmet*. Otta: Tano Achehoug. S. 11-20, 53-64, 91-110. Totalt 39 sider.

Austgard, K.I.B (2010) *Omsorgsfilosofi i praksis. Å tenke med filosofen Kari Martinsen i sykepleien*. (2. utg) Oslo: Cappelen Damm AS S. 20-23 Totalt 3 sider.

Axelson, Å. (2008) Litteraturstudie. I: Granskår, M, & Höglund-Nielsen, B. *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso og sjukvård*. S. 173- 188. Totalt 15 sider.

Bonk, A. (2012). Management of dyspnea in a patient with lung cancer. *OncologyNursing Forum*, 39(3) s. 257-260 DOI: 10.1188/12.ONF.257-260 Totalt 4 sider.

Brunsvig, P. Fr. (2010). Lungekreft. I: Reitan, A.M., & Schjølberg, T.K.(red) *Kreftsykepleie. Pasient-utfordring-handling*. s. 448-455. Akribe AS. Totalt 8 sider.

Frølund, J.C. & Pedersen, P.U. (2011) Dyspnø hos uhelbredelig syke og døende kreftpasienter. *Vård i Norden*, 31 (1) s. 10-15. Totalt 6 sider.

Hoel, M.B. & Lynes, I.K. (2010). Sykepleieutfordringer ved lungekreft. I: Reitan, A.M. & Schjølberg, T.K.(red)*Kreftsykepleie. Pasient-utfordring-handling*. s. 455-465. Oslo: Akribe AS. Totalt 11 sider.

Hougaard, E. (2004). *Angst. Mestring av angst og panikk*. Tell Forlag AS. S. 16-17 Totalt 2 sider.

Iversen, G.S. (2012) Hva er lindrende behandling? *Tidsskrift for kreftsykepleie*. 28 (2) s. 10-12 Hentet fra: http://www.sykepleien.no/Content/873907/Kreftsykepleien%200212_web.pdf Totalt 2 sider.

Johnston, B., & Smith, L.N. (2006) Nurses and patients perceptions of expert palliative nursing care. *Journal of advanced nursing*, 54(6) s. 700-709. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2006.03857.x. Totalt 9 sider.

Kaasa, S. (1998). *Palliativ behandling og pleie*. Oslo: Ad Notam Gyldendal. Side 17-27. Totalt 11 sider.

Kreftregisteret (2014) *Institutt for populasjonsbasert kreftforskning*. Hentet fra: <http://www.kreftregisteret.no/no/>. Totalt 1 side.

Kvåle, K. (2002). *Sykepleie til mennesker med kreft*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. Side 103-109. Totalt 7 sider.

Ilkjær, I. (2007). Livssyn, verdier og behov for åndelig omsorg. I: Mekki, T.E. *Sykepleieboken 1*. Oslo: Akribe AS. s. 649-671. Totalt 22 sider.

Martinsen, K. (2008). *Omsorg, sykepleie og medisin. Historisk-filosofiske essays*. Oslo: Universitetsforlaget. S. 14-83. Totalt 69 sider.

Martinsen, K. (2009). *Samtalen, skjønnets og evidensen*. Oslo: Akribe AS S. 23-46 Totalt 24 sider.

Reitan, A.M. (2010). Kommunikasjon. I: Reitan, A.M. & Schjølberg, T.K.(red)*Kreftsykepleie. Pasient-utfordring-handling*. s. 102-119. Oslo: Akribe AS. Totalt 17 sider.

Rueda, J.R., Solà, I., Pascual, I., & Casacuberta, S.M.(2011) Non-invasive interventions for improving well-being and quality of life in patients with lung cancer. *The cochrane library*. Online article. DOI: 10.1002/14651858.CD004282.pub3 Totalt 12 sider.

Strand, E., & Ellingsen, E. (2007) Hvordan har du det i dag? *Sykepleien*, 95(17) s. 60-64 DOI: 10.4220/sykepleiens.2007.0050. Totalt 5 sider.

Stubberud, D-G. (2003). *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag. S. 21-23 Totalt 3 sider.

Støren, I. (2010). *Bare søk. Praktisk veiledning i å systematisere kunnskap*. Cappelen Damm AS. S. 17-19. Totalt 3 sider.

Sæteren, B. (2010). Åndelig og eksistensiell omsorg. I: Reitan, A.M. & Schjølberg, T.K.(red)*Kreftsykepleie. Pasient-utfordring-handling*. s. 304-317. Oslo: Akribe AS. Totalt 13 sider.

Thollin, K. R. (2005). Samspillet mellom sykepleier og pasient. *Sykepleien*, 93(19) s. 64-65 DOI: 10.4220/sykepleiens.2005.0045. Totalt 2 sider.

Thoresen, L. (2013). Empati-ulike forståelser. *Sykepleien Forskning*, 8(4) s. 362-367 DOI: 10.4220/sykepleienf.2013.0167. Totalt 6 sider

Yates, P., Schofield, P., Zhao, I., & Currow, D. (2013) Supportive and palliative care for lung cancer patients. *Journal of Thoracic Disease*, 5(S5) s. 623-628. DOI: 10.3978/j.issn.2072-1439.2013.10.05. Totalt 6 sider.

Totalt selvvalgt litteratur 300 sider

VEDLEGG 1

ARTIKKELMATRISE

1.

Publikasjonsår: 2012

Land: USA

Database: PubMed

Forfatter: Alison Bonk

Tittel: Management of dyspnea in a patient with lung cancer

Hensikt: Undersøke hvordan en skal lindre dyspné og hvordan sykepleierne skal takle situasjonene.

Metode/utvalg: Litteraturstudie. Annen sentral litteratur.

Resultat/konklusjon: Det skrives at dyspné er en opplevelse som omfatter både fysiske og psykiske opplevelser hos pasienten. Det er derfor ikke tilstrekkelig å se kun på lab og SaO₂. Pasientens følelser og egne opplevelser må tas på alvor. Forfatteren viser også til metoder som avslappingsteknikker, leppepusting. Oksygen på nesekateter ved hypoksemi, Sykepleierne kan ved tidlig intervensjon øke livskvaliteten hos pasienter med lungekreft som plages med dyspné, blant annet ved hjelp av undervisning om symptomer, medisiner og ikke-medisinske tiltak (Bonk, 2012)

Tidsskrift/referee/fagartikkel: Medical Sciences Oology, nr. 3, 2012: 39, side 257-260

Hvordan artikkelen er relevant for undersøkelsen: Artikkelen gir noen svar på spørsmålet vi har stilt oss med å fortelle om metoder som brukes for å lindre dyspné som vi mener er aktuelle for å lindre angst. Artikkelen viser til funn i en annen studie hvor pasientene som opplevde dyspné ikke var klar over hvilke muligheter som finnes og hva de burde gjøre selv for å redusere dyspné. Bruk av avslappingsteknikker, pusteteknikker, akupunktur, akupressur og veiledning om hvordan en kan takle symptomene har vist effekt hos pasientene.

Hva artikkelen sier om temaet: Pasienter med dyspné må tas på alvor og behandling må settes i gang kjapt. Informasjon til pasient og sykepleier vil gjøre dem bedre utstyrt til å takle situasjonen og også være klar over når de skal tilkalle hjelp. Sykepleierne kan bedre livskvaliteten gjennom både farmakologiske og ikke-farmakologiske metoder. Hun nevner

også sammenhengen mellom dyspné og angst, ved at dyspné kan føre til en psykisk reaksjon med for eksempel angst eller panikk. Videre kan angst føre til dyspné, selv hos personer som opprinnelig er friske. Dette viser hvor viktig det er å finne årsaken, og forstå pasientens opplevelse av dyspné for å kunne behandle pasienten riktig.

2.

Publikasjonsår: 2007

Land: Norge

Database: Swemed+

Forfattere: Elin Ellingsen og Elisabeth Strand

Tittel: Hvordan har du det i dag?

Hensikt: Bruk av ESAS-skjema for å kartlegge symptomer hos kronisk syke og døende. Hensikten er at pasientene skal få delta i egen kartlegging for å få en bedre og mer helhetlig omsorg.

Metode: Undersøkelse gjort på pasientene ved dagposten ved Hospice Lovisenberg, en spesialavdeling for hjemmeboende pasienter med framskreden sykdom og kort forventet levetid.

Resultat: ESAS-skjemaet gir et godt bilde av pasientens symptomer. Dette hjelper personalet å fange opp hvordan pasienten faktisk har det slik at de kan tilby lindring. ESAS-skjemaet fanger opp symptomer som ikke alltid kommer fram like tydelig hos de pasientene som ikke ønsker å dele så mye av sine tanker og problemer.

Fagartikkel: Sykepleien, nr. 95, 17, 2007. Side 60-64.

Relevans: ESAS lar pasientene få uttrykke hva de selv mener er viktig. Kan bidra til at pasienten får lindret sine symptomer og kan være en hjelp for sykepleierens observasjon.

3.

Publikasjonsår: 2006

Land: UK

Database: Scopus

Forfattere: Bridget Johnson, Lorraine N. Smith

Tittel: Nurses and patients perceptions of expert palliative nursing care

Hensikt: Rapportere en studie om sykepleiere og pasienters oppfatning av palliativ pleie og hvordan en god palliativ sykepleier er.

Metode/utvalg: Fenomenologisk studie med intervju av 22 sykepleiere og 22 døende pasienter i perioden 1996-97.

Resultat/konklusjon: Pasientene ønsker å beholde selvstendigheten og kontrollen. Sykepleierne opplever både å bygge terapeutiske relasjoner med pasienten, samt forsøk på å kontrollere pasientens symptomer. De viktigste egenskapene hos sykepleieren i den palliative fasen er hvordan de er i møtet med den andre, i tillegg til kvaliteter som snillhet, varme, empati og genuinitet. Pasientene i undersøkelsen mente at sykepleieren skal møte deres behov ved å hjelpe dem, være tilstede, gi emosjonell støtte, være en de kan snakke med, trøste og tilbringe tid sammen med dem. Sykepleierne satte egenskaper som kunnskap, personlige og profesjonelle erfaringer og evne til god smertelindring og kontroll av symptomer som viktige faktorer.

Tidsskrift/referee: Journal of advanced nursing, vol. 57, nr. 6, side 700-709.

Relevans: Artikkelen sier noe om hvordan vi som sykepleiere burde opptre i møte med den døende. Det konkluderes med at dersom god kommunikasjon ikke er til stede vil det være vanskelig å gi god omsorg. Studien sier også en del om at en ikke kan gi effektiv omsorg uten å lindre symptomene.

Hva artikkelen sier om temaet: Artikkelen beskriver viktige egenskaper hos den gode palliative sykepleieren. Disse egenskapene blir viktige i situasjoner hvor sykepleieren skal forsøke å lindre angst hos en døende lungekreftpasient. Det ble også funnet ulikheter mellom sykepleiernes og pasientenes syn på palliativ sykepleie. Pasientene fryktet å miste selvstendighet mer enn de fryktet smerter. Opplevelsen for den palliative pasienten er ikke den samme som opplevelsen til sykepleieren er. Det tas opp at sykepleieren må se hver sak fra pasientens perspektiv og forstå at pasientens syn på god pleie, livskvalitet og en «god død» kan være svært forskjellig fra sykepleierens syn på dette.

4.

Publikasjonsår: 2011

Database: PubMed

Forfattere: José Ramón Rueda, Ivan Solà, Antonio Pascual, Mircia Subirana Casacuberta

Tittel: Non-invasive interventions for improving well-being and quality of life in patients with lung cancer

Hensikt: For å få en bedre forståelse av de mest effektive metodene for å forbedre symptomer relatert til lungekreft.

Metode: Innsamling og analyse av evidensbaserte kvalitative undersøkelser.

Resultat/konklusjon: Funn i studien viser at en helhetlig tilnærmingstype er være positiv både for fysiske og psykiske symptomer, blant annet angst. Denne metoden øker pasientens forståelse og gir dem muligheten til å delta i egen behandling. En slik behandlingsmetode hvor en lar pasienten bygge relasjoner til den profesjonelle og uttrykke sine følelser. Metoden hadde ulike hensikter ut i fra hvor syke pasientene var. Hos de svært syke var fokuset på økt livskvalitet.

Tidsskrift/referee/fagartikkel: The cochrane library

Relevans: Artikkelen tar opp/viser til flere ulike studier som er relevante for undersøkelsen. Undersøkelsene gir noen svar på hvor viktig sykepleierens lindrende funksjon er, blant annet ved å si noe om forskjellen på en sykepleie med fokus på symptomlindring og en sykepleie som ikke skiller den fysiske opplevelsen fra den psykiske. Artikkelen sier også noe om hvordan prosessen med symptomidentifisering og lindring kan være en lindrende del av den palliative pleien i seg selv. Det blir også vist til studier som har undersøkt effekten av soneterapi som behandling av angst og smerter. Dette vil kunne bidra til å gi noen alternative måter å lindre angst på.

Hva sier artikkelen om temaet: En intervensjon som tillater pasienten å danne en tillitsfull og støttende relasjon til helsepersonellet er ønskelig. Ifølge disse studiene bør fokuset ligge på økt forståelse hos pasienten, både for sin egen sykdom og hva det har å si for dem. Muligheter for pasientene til å delta i egen behandling og muligheten til å uttrykke sine egne følelser og bekymringer for sin sykdom, symptomene som følger og framtiden. Det påpekes i artikkelen at det er behov for økt forskning på palliativ pleie og sykepleie intervensjoner. En av studiene

viser også at rådgivning kan være effektivt for å hjelpe pasienten å takle de emosjonelle symptomene knyttet til sykdommen, men det gis ingen svar på hvordan det burde gjennomføres. Å fremme pasientens evne til å takle symptomene kan også bidra til økt livskvalitet og mindre ubehag og psykiske plager. Funn fra studiene som tas opp i artikkelen viser til økt behov for utdanning og trening av sykepleiere i ulike samtale- og rådgivningsteknikker og tilstrekkelig ressurser for å kunne tilføre dette til dagens sykepleie.

5.

Publikasjonsår: 2013

Land: Norge

Database: Sykepleien Forskning

Forfatter: Lisbeth Thoresen

Tittel: Empati –ulike forståelser

Hensikt: Sier noe om hva empati er og hva det kan brukes til.

Metode/utvalg: Litteraturstudie

Resultat/konklusjon: Konklusjonen i artikkelen er at empati er et komplekst begrep som kan forstås på mange måter. Empati blir tatt opp som svært viktig for relasjonen mellom sykepleier og pasient og også viktig for hvordan kommunikasjonen utføres. For at sykepleieren skal kunne forså pasienten og ta gode faglige avgjørelser må hun ha empati med pasienten

Tidsskrift: Sykepleien Forskning 2013, 8 (4), side 362-367.

Relevans: Artikkelen gir en bredere forståelse av begrepet empati og dets betydning for sykepleierens lindrende funksjon, blant annet gjennom kommunikasjon, relasjon og forståelse. Artikkelen redegjør for ulike forståelser av begrepet empati og hva det innebærer å være en empatisk sykepleier. Funn fra artikkelen bidrar til en bedre forståelse av hvordan sykepleieren skal være i møtet med pasienten

Hva artikkelen sier om temaet: Det sies noe om hvordan vi kan bruke empati og hva vi trenger det til. Det tas også opp ulike fenomenologiske syn på empati, blant annet Kari Martinsens syn.

6.

Publikasjonsår: 2011

Land: Danmark

Database: ORIA

Forfattere: Jannie Christina Frølund, Preben Ulrich Pedersen

Tittel: Dyspnø hos uhelbredelig syke og døende kreftpasienter

Hensikt: Finne ut hvilken effekt forskjellige farmakologiske og ikke-farmakologiske intervensjoner har sammenliknet med placebo eller ingen intervensjoner i forhold til reduksjon av pasientens opplevelse av dyspné hos uhelbredelig syke og døende voksne kreftpasienter.

Metode: Systematisk litteraturgjennomgang

Resultat/konklusjon: Det er i fire randomiserte klinisk kontrollerte studier undersøkt effekten av behandling med oksygen. Herav har kun et av studiene vist en reell effekt av oksygenbehandling framfor behandling med atmosfærisk luft. Pasientenes opplevelse av dyspné forbedres betraktelig ved oksygenbehandling framfor behandling med atmosfærisk luft, som kan tyde på at oksygen kan ha en effekt på pasientenes subjektive opplevelse av dyspné. Dette står i midlertidig i kontrast med to av de andre studiene som viser at både oksygenbehandling og behandling med atmosfærisk luft kan være med på å lindre dyspné. Det kan på bakgrunn av disse studiene ikke konkluderes en konkret anbefaling, men mye tyder på at både oksygenbehandling og behandling med atmosfærisk luft har effekt på pasientenes subjektive opplevelse av dyspné. Det indikerer at behandling med atmosfærisk luft har en såkalt placeboeffekt på pasientenes opplevelse av dyspné. Artikkelen tar videre for seg tre studier som viser effekt av nonfarmakologiske intervensjoner, hvorav to er randomiserende klinisk kontrollerte studier som undersøker effekten av nonfarmakologiske intervensjoner utført av sykepleiere. I det største randomiserte klinisk kontrollerte studiet undersøkes effekten av ukentlige samtaler med en sykepleier på pasienters opplevelse av dyspné. Ut fra funnene tyder det på at det er evidens for disse nonfarmakologiske intervensjonene, selv om det ikke kan konkluderes entydige anbefalinger på bakgrunn av de eksisterende studiene. Til slutt er det beskrevet et studie som omhandler akupunktur. Her angiver 70 % av pasientene en betydelig bedring i form av redusert respirasjonsfrekvens. Studiet undersøker ikke en eventuell placeboeffekt, det kan derfor ikke sies hvorvidt det er

evidens for akupunktur da området på artikkelens tidspunkt ikke er tilstrekkelig belyst. Likevel tyder det på en effekt (Frølund og Pedersen, 2011).

Tidsskrift: Vård i Norden, vol. 31 nr. 1, side 10-15.

Relevans: Resultatene i undersøkelsen gir en bedre forståelse av hvilke tiltak som bør forsøkes ved lindring av dyspné.

7.

Publikasjonsår: 2005

Land: Norge

Database: Google

Forfatter: Kristin Rydjord Thollin

Tittel: Samspillet mellom sykepleier og pasient

Hensikt: Fokuserer på hvordan sykepleieren kan skape gode møter med pasienten og undersøker om det er mulig å kombinere faglig autoritet og likeverdige mellommenneskelige forhold.

Resultat/konklusjon: Sykepleieren skal ha et nært, men samtidig distansert forhold til pasienten, slik at en kan sette seg inn i pasientens situasjon samtidig som en får nok distanse til å ta gode faglige vurderinger. Hun konkluderer også med at Kari Martinsens uttrykk «å se med hjertets øyne» er en forutsetning for de gode møtene mellom sykepleier og pasient.

Fagartikkel: Sykepleien.no

Relevans: Artikkelen gir oss mange svar på hva som er viktig i møtet med pasienten, noe som er svært relevant i forbindelse med lindring av angst. Møtet med pasienten legger grunnlaget for sykepleierens lindrende funksjon.

8.

Publikasjonsår: 2013

Land: Australia

Database: PubMed

Forfatter: Patsy Yates, Penelope Schofield, Isabella Zhao og David Currow

Tittel: Supportive and palliative care for lung cancer patients

Hensikt: Gjennomgang av farmakologiske og nonfarmakologiske evidensbaserte intervensjoner for best mulig palliativ omsorg for pasienter med lungekreft. Den tar spesielt for seg farmakologiske og nonfarmakologiske intervensjoner for lindring av dyspné. Det er undersøkt avslappingsteknikker i forhold til bekymring assosiert til tungpusthet for både pasientene og for pasientenes hjelpere

Resultat/Konklusjon: Nonfarmakologiske intervensjoner som pusteteknikker, derav leppepusting, diafragmapusting med mer, som viser seg å ha en god effekt på tungpusthet.

Tidsskrift: Journal of thoracic disease

Relevant: Artikkelen bidrar til kunnskap om hvilke tiltak som er effektive i forbindelse med dyspné hos lungekreftpasienter.

VEDLEGG 2

SØKEORDSTABELL

Database	Norsk søkeord	Engelsk søkeord	Søk i resultat	Synonyme søkeord	Antall treff	Artikler som ble brukt
Sykepleien.no	Relasjon + sykepleie+ Empati				6	1
Scopus		Nursing care + Dying	Palliative care communication relation		26	1
Swemed+		Palliative care + cancer + anxiety treatment			19	1
ORIA		Dyspnea + terminally ill+ cancer			773	1
PubMed		Lung cancer anxiety dyspnea			65	1
PubMed		Nursing palliative care Lung cancer dyspnea			33	1